

## UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 15 grudnia 2015 r Sąd Rejonowy dla Łodzi – Śródmieścia w Łodzi zmienił zaskarżoną decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych I Oddział w Ł. z dnia 24 czerwca 2015 roku i przyznał A. R. (1) prawo do zasiłku macierzyńskiego za okres od 9 marca 2015 r do 26 lipca 2015 r, dodatkowego zasiłku macierzyńskiego za okres od 27 lipca 2015 r do 6 września 2015 r oraz do zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego od 7 września 2015 r do 6 marca 2016 r od kwoty zadeklarowanej podstawy wymiaru w lutym 2015 r.

### ***Powyższe orzeczenie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne:***

Od 1 lutego 2014 r. A. R. podlegała ubezpieczeniom społecznym z tytułu działalności gospodarczej, w tym dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Za październik, listopad i grudzień 2014 r. wnioskodawczynie nie opłaciła składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. W dniu 4 stycznia 2015 r. wnioskodawczynie wyrejestrowała się z ubezpieczeń od dnia 5 stycznia 2015 r.

Ponownie do ubezpieczeń, w tym do ubezpieczenia chorobowego zgłosiła się od 5 stycznia 2015 r., składając w tym dniu deklarację przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego. Za luty 2015 r. wnioskodawczynie zadeklarowała maksymalną podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 9897 zł. Wnioskodawczynie złożyła wniosek o wypłatę zasiłku macierzyńskiego od dnia 9 marca 2015 r. z tytułu przewidywanej daty porodu wyznaczonej według zaświadczenia lekarskiego na dzień 28 marca 2015 r.

Wnioskodawczynie opłaciła składkę na ubezpieczenie chorobowe za cały styczeń 2015 r. w kwocie 525 zł., za październik, listopad i grudzień 2014 r. składki na ubezpieczenie społeczne nie były opłacane.

Nadto w dniu 6 lipca 2015 r. wnioskodawczynie złożyła wyrejestrowanie z ubezpieczeń społecznych od 1 października 2014 r.

Sąd Rejonowy zważył, iż zgodnie z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. 2014, poz. 159 ze zm.) podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50.

Stosownie do treści art. 36 ust. 2 i 4 podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy.

Jak wynika z dokonanych ustaleń, zdaniem Sądu Rejonowego, wnioskodawczynie została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 5 stycznia 2015 r. po przerwie przekraczającej 30 dni. Wbrew zarzutom organu rentowego nie można przyjąć, że wnioskodawczynie została objęta ubezpieczeniem chorobowym od 1 stycznia 2015 r. w związku z opłaceniem pełnej składki na ubezpieczenie chorobowe za cały styczeń 2015 r. Wnioskodawczynie nie opłaciła składek na ubezpieczenia społeczne za miesiące październik – grudzień 2014 r., nie występowała o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, ponownie do ubezpieczenia chorobowego zgłosiła się w dniu 5 stycznia 2015 r. wskazując, że wnosi o objęcie ubezpieczeniem chorobowym od 5 stycznia 2015 r.

Sąd I instancji wskazał, że zgodnie z art. 14 ust. 1 i 2 pkt. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U z 2015 r., poz. 121) objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym

następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1 a.. Ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a.

Wnioskodawczyni reprezentowana przez księgową, zdaniem Sądu Rejonowego, działała z należyтым rozeznaniem przepisów ustawy zasiłkowej dotyczących podstawy wymiaru zasiłku macierzyńskiego i nie mogła w mieć woli przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 1 stycznia 2015 r., skoro przystąpienie do tego ubezpieczenia od tej daty skutkowałoby przyznaniem zasiłku w niższej wysokości. W tym miejscu zaznaczyć należy, w ocenie Sądu Rejonowego, że księgową wnioskodawczyni wykazała się odpowiednim profesjonalizmem i działając w zgodzie z obowiązującym prawem dokonała czynności, które miały zagwarantować swojej klientce uzyskanie świadczeń w najwyższej wysokości.

Sąd I Instancji podkreślił, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym nie może być złożony w sposób dorozumiany. (por. wyrok SA w Katowicach z dnia 15 kwietnia 2014 r., sygn. akt III AUa 1802/13, LEX nr 1461038).

Organ rentowy niezasadnie przyjął, zdaniem Sądu Rejonowego, że ZUS ZWUA wypełnione w dniu 4 stycznia 2015 r. (k. 6 akt rentowych), a które dotyczy wyrejestrowania z ubezpieczeń od dnia 5 stycznia 2015 r. stanowi zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za okres od 11 czerwca 2013 r. do 4 stycznia 2015 r. (pkt. 1 pisma ZUS z dnia 6 października 2015 r., k. 24). Złożenie wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczeń nie jest wnioskiem o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, zwłaszcza w okolicznościach tej sprawy. Ujawnionym zamiarem księgowej wnioskodawczyni było przerwanie ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczyni tak, aby podstawą wymiaru zasiłku był wyłącznie miesiąc, w którym zadeklarowany przychód był najwyższy. Bez znaczenia jest również okoliczność, że wnioskodawczyni opłaciła pełną składkę na ubezpieczenie chorobowe za cały styczeń 2015 r. Korekta dokumentów rozliczeniowych w lipcu 2015 r. dotycząca zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych za okres październik – grudzień 2014 r. także pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Istotne jest to, że wnioskodawczyni zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego od 5 stycznia 2015 r., po przerwie przekraczającej 30 dni, a należną składkę za styczeń opłaciła w terminie.

Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z art. 20 ust. 1, 2, 3, 4 powołanej ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe stanowi podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie emerytalne i ubezpieczenia rentowe, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 3. Przy ustalaniu podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe oraz ubezpieczenie wypadkowe nie stosuje się ograniczenia, o którym mowa w art. 19 ust. 1. Podstawa wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe osób, które ubezpieczeniu chorobowemu podlegają dobrowolnie, nie może przekraczać miesięcznie 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, o którym mowa w art. 19 ust. 10. Prezes Zakładu ogłasza kwotę 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej "Monitor Polski", w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia ogłoszenia przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego, w trybie określonym w art. 19 ust. 10, kwoty prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia.

Sąd Rejonowy podkreślił, że w wyroku z dnia 15 lipca 2015 r. w sprawie III AUa 278/15, LEX nr 1765963 Sąd Apelacyjny w Rzeszowie wskazał, że w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz osób z nimi współpracujących, wysokość składek nie jest związana z faktycznie osiąganym przychodem i jego wysokością, lecz jedynie z istnieniem tytułu ubezpieczenia i zadeklarowaną kwotą. Skoro więc przepis prawa ubezpieczeń społecznych o charakterze *ius cogens* (art. 20 ust. 3 u.s.u.s.) zezwala na zadeklarowanie podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie chorobowe tych osób na poziomie do 250% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia, to zachowanie płatnika realizującego swe uprawnienie w oparciu o taki bezwzględnie obowiązujący przepis prawa, nie może być podważone przez odwołanie się do art. 58 k.c. czy art. 83 k.c. Omawiany stosunek

ubezpieczenia nie podlega bowiem co do zasady ocenie zgodności z normami prawa cywilnego, ponieważ objęcie nim nie poprzedza czynność kreująca stosunek cywilnoprawny. Nie jest przy tym też dopuszczalna wykładnia przepisów prawa ubezpieczeń społecznych z punktu widzenia przewidzianej w art. 5 k.c. klauzuli generalnej, tj. zasad współzycia społecznego z uwagi na to, że są to przepisy prawa publicznego cechujące się niezbędnym rygoryzmem. Natomiast w sprawie III AUa 264/15, LEX nr 1768711 ten sam Sąd wskazał, że przepisy ustawy z 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych co do zasady uprawniają organ rentowy do wydawania decyzji ustalających podstawę wymiaru składek, a ustawa ta stoi na gruncie równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, to jednocześnie racjonalny w swych działaniach ustawodawca przewidział i dopuścił możliwość deklarowania przez prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą (jak też osób z nimi współpracujących) podstawy wymiaru składek oderwanej w swej wysokości od faktycznego przychodu, a mieszczącej się jedynie w zakresach art. 18 ust. 8 i art. 20 ust. 3 ww. ustawy granicach. W przypadku więc braku skutecznego podważenia samego istnienia tak określonego tytułu ubezpieczenia (przewidzianego w art. 6 ust. 1 pkt 5 u.s.u.s.), zadeklarowanie przez płatnika podstawy wymiaru składek w kwocie mieszczącej się w zakresach wyżej powołanymi przepisami o charakterze ius cogens granicach, wyklucza możliwość jakiegokolwiek weryfikacji tej podstawy wymiaru przez organ rentowy. Należy także podkreślić, że omawiany stosunek ubezpieczenia nie może podlegać ocenie jego zgodności z normami prawa cywilnego, ponieważ objęcie nim nie poprzedza żadna czynność kreująca stosunek cywilnoprawny. Nie jest też przy tym dopuszczalna wykładnia przepisów prawa ubezpieczeń społecznych z punktu widzenia przewidzianej w art. 5 k.c. klauzuli generalnej, tj. zasad współzycia społecznego z uwagi na to, że są to przepisy prawa publicznego cechujące się niezbędnym rygoryzmem.

Sąd Rejonowy podkreślił, że profesjonalna księgowa ubezpieczonej zadbała, aby powyższe warunki racjonalnego ustawodawcy w przypadku A. R. zostały spełnione. Ubezpieczona nabyła zatem prawo do zasiłku macierzyńskiego liczonego od podstawy wymiaru – kwoty zadeklarowanej w lutym 2015 r.

Z uwagi na powyższe zaskarżoną decyzję należało, zdaniem Sądu Rejonowego, zmienić na podstawie art. 477 (14) par. 2 KPC.

***Apelację od powyższego orzeczenia wniósł organ rentowy, zaskarżając wyrok w całości, zarzucając temu wyrokowi:***

naruszenie prawa materialnego, a w szczególności art. 48 w zw. z art. 36 ust. 2 – 4, art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. DZ.U. z 2014 r, poz. 159), poprzez przyznanie prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 9 marca 2015 r do 26 lipca 2015 r , dodatkowego zasiłku macierzyńskiego za okres od 27 lipca 2015 r do 6 września 2015 r oraz zasiłku macierzyńskiego za okres odpowiadający okresowi urlopu rodzicielskiego od 7 września 2015 r do 6 marca 2016 r od kwoty zadeklarowanej podstawy wymiaru w lutym 2015 r – 9897 zł brutto. W uzasadnieniu skarżący podniósł, że wnioskodawczyni w sposób dorozumiany została objęta ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 stycznia 2015 roku, zatem podstawę wymiaru spornego zasiłku winna stanowić zadeklarowana podstawa wymiaru składek za styczeń i luty 2015 roku.

Mając powyższe na uwadze organ rentowy wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania ewentualnie o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy sądowi Instancji do ponownego rozpatrzenia.

W odpowiedzi na apelację wnioskodawczyni wniosła o jej oddalenie.

***Sąd Okręgowy zważył, co następuje:***

Zaskarżony wyrok jest prawidłowy i znajduje oparcie zarówno w zgromadzonym materiale dowodowym jak i obowiązujących przepisach prawa.

Sąd Rejonowy w sposób prawidłowy przeprowadził postępowanie dowodowe, dokonał analizy zebranych dowodów, nie naruszając zasady ich swobodnej oceny i w oparciu o przyjęty stan faktyczny sprawy, prawidłowo zastosował konkretne przywołane przepisy prawa materialnego. Sąd Okręgowy w pełni aprobuje ustalenia faktyczne Sądu I

instancji i przyjmuje za własne. Podziela również wywody prawne zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, nie znajdując żadnych podstaw do jego zmiany bądź uchylenia.

Należy przypomnieć, że zgodnie z art. 48 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (tekst jednolity Dz. U. 2014, poz. 159 ze zm.), w brzmieniu obowiązującym w spornym okresie, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stanowi przychód za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy. Przy ustalaniu podstawy wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu niebędącemu pracownikiem stosuje się odpowiednio przepisy art. 36 ust. 2-4, art. 38 ust. 1, art. 42, 43 i 46, z zastrzeżeniem art. 49 i 50.

Stosownie do treści art. 36 ust. 1, 2 i 4 podstawę wymiaru zasiłku chorobowego przysługującego ubezpieczonemu będącemu pracownikiem stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za okres 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem okresu, o którym mowa w ust. 1, podstawę wymiaru zasiłku chorobowego stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia.

Podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie którego powstała niezdolność do pracy.

Zgodnie z art. 38 ust. 1 tej ustawy przeciętne miesięczne wynagrodzenie stanowiące podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się przez podzielenie wynagrodzenia osiągniętego przez ubezpieczonego będącego pracownikiem za okres, o którym mowa w art. 36 ust. 1 i 2, przez liczbę miesięcy, w których wynagrodzenie to zostało osiągnięte.

Istota sporu sprowadza się do tego, od kiedy wnioskodawczyni podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu – czy od 1 stycznia 2015 r, jak przyjmuje organ rentowy, czy od 5 stycznia 2015 r, jak deklaruje wnioskodawczyni, a czego skutkiem jest przyjęcie do podstawy wymiaru zasiłku wyłącznie kwoty zadeklarowanej podstawy wymiaru w lutym 2015 r, który był pierwszym pełnym miesiącem ubezpieczenia.

Organ rentowy podnosił, że wnioskodawczyni nie wyrażała chęci przerwy w opłacaniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, za miesiąc styczeń 2015 r została opłacona składka w pełnej wysokości, a dopiero w lipcu 2015 r płatnik skorygował dokumenty zgłoszeniowe oraz rozliczeniowe, zgłaszając się w okresie od 1 stycznia 2014 r do ubezpieczeń społecznych bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i złożył wyrejestrowanie z dniem 5 stycznia 2015 r. A zatem, w ocenie skarżącego, w sposób dorozumiany wnioskodawczyni przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Na poparcie wskazanej tezy organ rentowy przytoczył dwa orzeczenia: wyrok SA w Łodzi z dnia 3 listopada 2000 r i wyrok SN z dnia 16 sierpnia 2005 r.

Stanowisko apelującego nie może się ostać.

Sąd Rejonowy dokonał w tym zakresie prawidłowych ustaleń faktycznych przyjmując, iż wnioskodawczyni zadeklarowała ponowne objęcie ubezpieczeniem chorobowym w dniu 5 stycznia 2015 r, w związku z tym, że w okresie od października do grudnia 2014 r nie opłacała składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a następnie złożyła druk zgłoszeniowy ZUS ZUA z datą objęcia tym ubezpieczeniem od 5 stycznia 2015 r.

Należy przypomnieć tylko, że osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie (art.11 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych – t.j. Dz.U. z 2015 r poz. 121).

Zgodnie z art. 11 ust 2 tej ustawy osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym, wymienione w art. 6 ust 1 pkt 2,4,5,8 i 10 powołanej ustawy, w tym osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą

na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych, podlegają dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu na swój wniosek.

Stosownie natomiast do brzmienia art. 14 ust. 1 powołanej ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z tym, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4, tj. w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. A zatem powstanie stosunku ubezpieczenia chorobowego w odniesieniu do osób ubezpieczonych dobrowolnie uzależnione jest od złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym. Stosunek ten nie może powstać jednak wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Obowiązujące przepisy w zakresie ubezpieczenia chorobowego osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą wyraźnie wskazują, iż ubezpieczenie to ma charakter dobrowolny, a stosunek ubezpieczenia nawiązuje się od dnia złożenia stosownego wniosku, lub dnia późniejszego, wskazanego we wniosku.

Należy przy tym pamiętać, iż zasady podlegania określonemu rodzajowi ubezpieczeń społecznych wynikają z przepisów o charakterze bezwzględnie obowiązującym, które kreują określony stosunek ubezpieczenia społecznego z mocy samego prawa i według stanu prawnego z daty powstania obowiązku ubezpieczenia (tak wyrok SN z 11 lutego 1999 r. II UKN 461/98 opubl. OSNAP –wkl 1999/11/7).

Podleganie osób prowadzących pozarolniczą działalność ubezpieczeniu chorobowemu realizuje się na zasadzie dobrowolności i dla skutecznego objęcia tym ubezpieczeniem konieczne jest złożenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 powołanej ustawy), co nie oznacza jednak, iż przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07).

Zgodnie z dyspozycją art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 roku ubezpieczenie (...) chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a .

Wnioskodawczyni złożyła ( po przerwie 30 dniowej, bowiem w okresie październik – grudzień 2014 r nie opłacała składek na ubezpieczenie społeczne chorobowe) wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym w dniu 5 stycznia 2015 roku (z zaznaczeniem daty objęcia ubezpieczeniem chorobowym od dnia 5 stycznia 2015 roku), a zatem zgodnie z powołanym ostatnio przepisem stosunek ubezpieczenia chorobowego nawiązał się między stronami od dnia 5 stycznia 2015 roku, to jest od dnia złożenia wniosku.

Strona skarżąca wywodziła, iż wobec uiszczenia przez wnioskodawczynię składki na ubezpieczenie społeczne, w tym ubezpieczenie chorobowe za cały miesiąc styczeń 2015 roku w pełnej wysokości i w terminie stosunek ubezpieczenia chorobowego nawiązał się z organem rentowym w sposób dorozumiany od dnia 1 stycznia 2015 roku, mimo nie złożenia przez wnioskodawczynię formalnego wniosku. Apelujący wskazuje, że schemat podlegania ubezpieczeniom nie uległ zmianie i nie była wyrażona chęć przerwy w opłacaniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe.

Organ rentowy w swojej argumentacji przywołał orzeczenie Sądu Najwyższego z dnia 16 sierpnia 2005 roku (sygn.akt I UK 376/04), zgodnie z tezą, którego złożenie wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny. Podobne stanowisko zajął Sąd Apelacyjny w Łodzi w cytowanym przez ZUS wyroku z dnia 3 listopada 2000 r.

Stanowisko to jest jednak odosobnione i przeważające są poglądy o konieczności złożenia odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. W uzasadnieniu wyroku z dnia 29 marca 2012 r. (I UK 339/11) Sąd Najwyższy podkreślił, iż nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go

dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Ustawa o systemie ubezpieczeń społecznych nie definiuje pojęcia "wniosek", jak również formy w jakiej winien być złożony, wykładnia językowa art. 11 ust 2 oraz art. 14 ust 1 i 1a teź ustawy jednoznacznie wskazuje na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma bowiem zastosowania art. 60 kc, zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta concludenta w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 kp stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego.

Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy (tak teź, w odniesieniu do ubezpieczenia społecznego rolników, Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 22 lipca 2009 r., I UK 70/09). Z kolei w wyroku z dnia 28 listopada 2002 r. (II UK 93/02) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, iż sam fakt opłacania składek na ubezpieczenie społeczne przez osobę wyłączonej z możliwości objęcia tym ubezpieczeniem nie może rodzić skutków prawnych odmiennych od wyraźnej regulacji ustawowej. Nadto w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r. (II UKN 518/00, OSNP 2003 r. Nr 10, poz. 257) w stanie faktycznym, w którym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ubezpieczonego ustało z mocy prawa wskutek niedotrzymania ustawowego terminu zapłaty należnych składek na ten rodzaj ubezpieczenia, Sąd Najwyższy przyjął, iż ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia w tym zakresie ponownego wniosku przez zainteresowanego. Także w wyroku Sądu Najwyższego z 8 listopada 2012 r., sygn. akt II UK 90/12, OSNP 2013/19-20/233. wskazano, w świetle ustalonej judykatury Sądu Najwyższego, opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (art. 14 ust. 2 pkt 2 i 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - por. np. wyrok Sądu Najwyższego z 17 maja 2012 r., I UK 408/11, niepublikowany), niemniej jednak "w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu ubezpieczeń społecznych powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym" (tak w wyroku z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003 Nr 10, poz. 257).

Także w wyroku Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 października 2012 r.

III AUa 234/12 wywieziono, iż dobrowolny tytuł ubezpieczenia ustaje z mocy prawa od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej składki. Ustanie ubezpieczenia następuje wskutek wyraźnego uznania przez ustawodawcę, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego ubezpieczenia. Ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego już stosunku ubezpieczenia. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacenie składek przez zainteresowanego i przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. /ta linia orzecznicza jest kontynuowana – por. w tym zakresie wyrok SA w Katowicach z dnia 15 kwietnia 2014 r, III AUa 1802/13/.

Sąd Okręgowy w przedmiotowej sprawie podziela w pełni poglądy, iż brak jest jakichkolwiek podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego (art. 60 kc) do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i wniosek ten nie może być złożony w sposób dorozumiany; każdorazowo winien być wyraźny i jednoznaczny. Samo opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, przy braku formalnego

wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie może sanować owego braku, którego nie mogą zastąpić jakiegokolwiek czynności dorozumiane.

A zatem wnioskodawczyni podlegała ubezpieczeniu chorobowemu, po przerwie, od dnia 5 stycznia 2015 r, to jest od dnia złożonego wniosku w tym zakresie. Powyższej oceny nie zmienia przy tym okoliczność, iż opłaciła składkę na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w obowiązującym terminie płatności za cały miesiąc styczeń 2015 roku, natomiast organ rentowy składkę tę przyjął. Jak wskazano bowiem wyżej, samo opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, przy braku formalnego wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, nie może sanować owego braku, którego nie mogą zastąpić jakiegokolwiek czynności dorozumiane.

Organ rentowy zatem niezasadnie przyjął, że ZUS ZWUA wypełnione w dniu 4 stycznia 2015 r. , a które dotyczy wyrejestrowania z ubezpieczeń od dnia 5 stycznia 2015 r. stanowi zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego za okres od 11 czerwca 2013 r. do 4 stycznia 2015 r. Złożenie wniosku o wyrejestrowanie z ubezpieczeń nie jest wnioskiem o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Ujawnionym zamiarem wnioskodawczyni było przerwanie ubezpieczenia chorobowego tak, aby podstawą wymiaru zasiłku był wyłącznie miesiąc, w którym zadeklarowany przychód był najwyższy. Korekta dokumentów rozliczeniowych w lipcu 2015 r. dotycząca zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych za okres październik – grudzień 2014 r. także pozostaje bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Istotne jest to, że wnioskodawczyni zgłosiła się do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego od 5 stycznia 2015 r., po przerwie przekraczającej 30 dni, a należną składkę za styczeń opłaciła w terminie.

A zatem pierwszym pełnym miesiącem kalendarzowym ubezpieczenia, o którym stanowi art. 36 ust. 2 ustawy zasiłkowej, był luty 2015 r i zadeklarowana podstawa wymiaru składek za ten miesiąc stanowi podstawę naliczania spornego zasiłku, o czym prawidłowo orzekł Sąd I Instancji.

Mając powyższe na uwadze apelacja pozwanego, jako nieuzasadniona podlegała oddaleniu na podstawie art. 385 kpc.

Przewodnicząca: Sędziowie: